

# 後期高齢者医療療養費(補装具)支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者氏名				
被保険者番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日

該当箇所に☑をつけてください

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 ☎ \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

添付書類

- ・通帳の写し
- ・領収書
- ・医師の診断書  
(担当医師記入欄の記載がある場合は診断書不要)

(受付日付印)

**● 療養に関すること**

・該当するものに☑をご記入下さい。  
 ・1割の保険証の方は9割、3割の保険証の方は7割となります。

診療年月	平成	年	月	給付区分	<input type="checkbox"/> 入院9割 <input type="checkbox"/> 入院7割 <input type="checkbox"/> 外来9割 <input type="checkbox"/> 外来7割
療養に要した費用額	円	一部負担金	円	支給金額	円

**● お振込先**

・振込先口座は原則として、申請者本人の口座をご指定下さい。  
 ・やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望される場合は、裏面委任状にご記入下さい。

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> （ ）	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> （ ）
金融機関コード	該当箇所に☑をつけてください	店舗コード	該当箇所に☑をつけてください
口座番号	・口座番号は7桁となります。 ・7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。		
口座名義人(かか)	・姓と名の間は1マスあけて、左づめで記入して下さい。 ・小文字を含む文字(例:イリョウ)はすべて大文字(例:イリヨウ)として記入して下さい。		

**● 担当医師記入欄**

記入日	平成	年	月	日	装着年月日	平成	年	月	日
採寸・採型年月日	平成	年	月	日	採寸・採型時の入院外来の別 (該当する方に☑をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 外来時			
装着に係る傷病名					発病または負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者の行為による <input type="checkbox"/> その他 ( )			
装着または修理を必要と認めた治療用装具の名称									
医療機関所在地	〒 _____								
医療機関名称					担当医師名	印			

# 後期高齢者医療療養費(補装具)支給申請書(裏面)

## 委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 委任日 平成 年 月 日

代理人	住所	〒 —			
	氏名	⑩			
	申請者との関係		連絡先	☎ — —	
申請者	住所	〒 —			
	氏名	⑩			